

เกณฑ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะในการคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาล

อารียา บุญเพิ่ม¹, ทิพาพร กาญจนราช²

¹นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร และศูนย์วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อรวบรวมเกณฑ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะในการคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพร (medicine derived from herbs: MDH) ในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย
วิธีการ: การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพในเภสัชกร 25 รายที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นเลขานุการกรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล 25 แห่ง การศึกษาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบลูกโซ่ การสัมภาษณ์ยี่ดัดทฤษฎี 4M เป็นกรอบ โดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดเลือก MDH ในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1. นโยบายและการจัดการ (management) 2. บุคลากร (man) 3. งบประมาณ (money) 4. ยาสมุนไพร (material) และ 5. ปัจจัยภายนอก (external factors) การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยสัมภาษณ์จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว การสรุปข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา **ผลการวิจัย:** ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อไปโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย 55 แห่ง เภสัชกรที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลยินดีให้ข้อมูลจำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 45.45) เกณฑ์การคัดเลือก MDH ที่ถูกใช้โดยโรงพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลได้แก่ 1) มีราคาถูก 2) เป็นรายการยาที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ 3) เป็นยาที่ใช้สำหรับโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในพื้นที่ 4) เป็นยาที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ทางจังหวัดกำหนดมาให้ 5) มีประสิทธิภาพในการรักษา 6) มีความสะดวกในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย และ 7) มีแหล่งที่จัดหาได้อย่างสะดวก ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงปัญหาและแนวทางการพัฒนาการคัดเลือก MDH เข้าบัญชียาของโรงพยาบาลในด้านนโยบายและการจัดการ บุคลากร งบประมาณ ยาสมุนไพร และปัจจัยภายนอก **สรุป:** การวิจัยทำให้ทราบถึงเกณฑ์ ปัญหาและข้อเสนอแนะในการคัดเลือก MDH เพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลตามความคิดเห็นของเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นเลขานุการกรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

คำสำคัญ: ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาพัฒนาจากสมุนไพร การคัดเลือกยาสมุนไพร บัญชียาโรงพยาบาล

รับต้นฉบับ: 4 ก.ย. 2563, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 29 ก.ย. 2563, รับผิดชอบพิมพ์: 3 ต.ค. 2563

ผู้ประสานงานบทความ: ทิพาพร กาญจนราช ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 E-mail: otipkan@kku.ac.th

Criteria, Problems and Suggestions for the Selection of Medications Derived from Herbs Listed in the National List of Essential Medicines for Inclusion in Hospital Formularies

Areeya Boonperm¹, Tipaporn Kanjanarach²

¹Student in Master of Pharmacy Program (Pharmacy Management),
Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

²Department of Social and Administrative Pharmacy and Center for Research and Development of
Herbal Health Products, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To collect criteria, problems and suggestions for the selection of medicine derived from herbs (MDH) listed in the National List of Essential Medicines to be included in the formulary of the hospitals under the Ministry of Public Health of Thailand. **Method:** This study was qualitative research in 25 pharmacists serving as secretaries to pharmacy and therapeutic committees (PTC) of 25 hospitals. The interview employed the 4M concept as a framework by classifying factors related to the selection of MDH in the National List of Essential Medicines for the hospital into five areas including policy and mechanism (management), personnel (man), budget (money), herbal medicines (material) and external factors. Data were collected using telephone interview until the data were saturated. Data were summarized using content analysis. **Results:** Researchers contacted 55 target hospitals by phone. Pharmacists representing 25 hospitals (45.45%) were willing to provide information. Seven criteria for selecting MDH had been used by respondents: 1) being cheap, 2) being a substitute for modern drugs, 3) being drugs used for diseases with high incidence in the area, 4) being drugs corresponding to those in the indicators set at the provincial level, 5) being effective treatment, 6) being convenient for patients to use, and 7) having convenient source of drug supply. The findings also highlighted problems and suggestions for the selection of MDH for the hospital in 5 areas including policy and management, personnel, budgets, herbal medicines and external factors. **Conclusions:** The study identified criteria, problems and suggestion for the selection of MDH to the hospital's formulary from the perspective of pharmacists acting as secretary of PTC.

Keywords: herbal medicine in the National List of Essential Medicines, herbal medicines, selection of herbal medicines, hospital formulary

บทนำ

บัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicines: NLEM) เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยกำหนดให้มีรายการยาที่จำเป็นในการรักษาและป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชน ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพตามบริบทในแต่ละประเทศ (1) ประเทศไทยได้มี NLEM ฉบับแรก พ.ศ. 2524 (2) โดยมีเฉพาะยาแผนตะวันตก แต่ยังไม่มียาสมุนไพรบรรจุใน NLEM ทั้งที่ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนเดิมคู่ขนานกับการแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ปี (พ.ศ. 2520-2524) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านยาและการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนเดิม จนกระทั่งปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) (3) จึงได้มีการบรรจุรายการยาสมุนไพรใน NLEM ขึ้นครั้งแรก โดยแบ่งรายการยาเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 13 รายการ ได้แก่ 1) ยาแผนไทยหรือแผนโบราณ และ 2) ยาพัฒนาจากสมุนไพร (medicine derived from herbs: MDH) ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2549 ได้มีประกาศใช้ NLEM (4) ซึ่งครอบคลุมยาสมุนไพร 2 กลุ่ม จำนวน 19 รายการ ได้แก่ 1) ยาสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้เดิม และ 2) MDH ต่อมา NLEM ฉบับปี พ.ศ. 2554 แบ่งรายการยาเป็น 2 กลุ่มเหมือน NLEM ฉบับปี พ.ศ. 2542 โดยมียาทั้งหมดจำนวน 71 รายการ (4) NLEM ฉบับล่าสุด พ.ศ. 2561 (5-6) ได้แบ่งยาสมุนไพรออกเป็น 2 กลุ่มตามเดิม ได้แก่ 1) ยาแผนไทยหรือแผนโบราณ 50 รายการ และ 2) MDH 24 รายการ MDH ใน NLEM ฉบับปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียง 3 รายการเท่านั้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2554 (7)

การจัดการด้านยาที่มีขั้นตอนประกอบด้วย 1) การคัดเลือกยา 2) การจัดหา 3) การกระจายยา และ 4) การใช้ยา งานวิจัยนี้มุ่งประเด็นเกณฑ์การคัดเลือกรวมถึงปัญหาในการคัดเลือก MDH เพื่อเข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การคัดเลือกต้องทำให้ได้ยาที่มีประสิทธิภาพ มีหลักฐานว่ามีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์ และต้องสอดคล้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม กระบวนการต้องมีกลไกกลางในการกำกับดูแลให้ประชาชนเข้าถึงยาได้ โดยต้องมีความทำงานจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและต้องปฏิบัติงานด้วยความโปร่งใส (8) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee: PTC) มีหน้าที่

บริหารระบบยาของโรงพยาบาล ได้แก่ 1) พัฒนาระบบยาเพื่อติดตาม ตรวจสอบ และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 2) จัดทำเภสัชตำรับของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับปรัชญาและหลักการของระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ 3) สร้างความมั่นใจในคุณภาพของยา ติดตามปลอดภัยด้านยา รวมถึงการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา 4) ควบคุมงบประมาณและค่าใช้จ่ายด้านยา 5) ฝึกอบรมบุคลากร และ 7) ควบคุมการส่งเสริมการขายของบริษัทฯ รวมทั้งเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ (9) เภสัชกรที่ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของ PTC มีบทบาทสำคัญ (10) เนื่องจากเป็นผู้จัดการประชุมและรายงานสถานการณ์ของระบบยาแก่ PTC ทุกครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาที่สำคัญในการคัดเลือกยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณใน NLEM เพื่อนำเข้าเป็นรายการในบัญชียาของโรงพยาบาล คือ การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการพิจารณาการใช้ยาและปัญหาในการจัดหาที่ยาเหล่านี้มักมีผู้แทนจำหน่ายน้อยรายหรือมีการผูกขาดเพียงรายเดียว อาจส่งผลให้ยามีราคาแพง หรือบางรายการไม่มีผู้จัดจำหน่าย ทำให้ไม่สามารถหาซื้อยาได้ (11) จึงส่งผลให้บุคลากรและประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร และเป็นเหตุผลสำคัญที่ไม่เกิดการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาล นอกจากนี้เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยด้านเกณฑ์และปัญหาในการคัดเลือก MDH ยังมีข้อจำกัดอย่างจำกัด จึงควรทำการศึกษาในประเด็นนี้ เพื่อนำข้อมูลที่นำไปพัฒนาการคัดเลือกยาให้แก่ PTC รวมถึงการพัฒนานโยบายด้านการคัดเลือก MDH เข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาล

วิธีการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพ นี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ มข 0201.2.3/1516 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นเลขานุการของ PTC ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเภสัชกรเป็นผู้จัดการประชุมและรายงานสถานการณ์ของระบบยาแก่ PTC ทุกครั้ง การวิจัยนี้จึงเก็บข้อมูลจากเภสัชกรในตำแหน่งนี้เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่

ถูกต้องและชัดเจนมากที่สุดในเรื่องการคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามเภสัชกรผู้มีหน้าที่ดูแลระบบยาสมุนไพรของเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อขอให้ช่วยแนะนำชื่อโรงพยาบาลที่มีการใช้สมุนไพรปริมาณมาก การศึกษาเลือกศึกษาในเขตสุขภาพที่ 8 เพราะผู้วิจัยเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานเขตนี้ ทำให้ง่ายและสะดวกในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับเกณฑ์ ปัญหา และแนวทางการพัฒนาการคัดเลือก MDH คำถามสร้างจากการประยุกต์หลักการบริการจัดการ 4M (12-13) ซึ่งเป็นทฤษฎีการบริหารจัดการที่ใช้ได้ง่าย สะดวกมีประสิทธิภาพและยังเป็นที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางในยุคปัจจุบันโดยแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการคัดเลือก MDH เป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1. นโยบายและการจัดการ (management), 2. บุคลากร (man), 3. งบประมาณ (money), 4. ยาสมุนไพร (material) และ 5. ปัจจัยภายนอก (external factors) คำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ 1) เกณฑ์ในการคัดเลือก MDH ใน NLEM เพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร 2) การคัดเลือก MDH ใน NLEM เพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลของท่านมีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง อย่างไร และ ข้อที่ 3 ในฐานะที่ท่านเป็นเลขานุการของ PTC ท่านมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาการคัดเลือก MDH ใน NLEM เพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลอย่างไร

วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาเก็บข้อมูลโดยโทรศัพท์สัมภาษณ์เภสัชกรที่ลงนามในเอกสารแบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ เมื่อสัมภาษณ์เภสัชกรแต่ละแห่งเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยขอให้เภสัชกรที่เป็นอาสาสมัครแนะนำเภสัชกรในโรงพยาบาลอื่นต่อไปอีก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทีเก็บได้จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย 2) จัดระเบียบข้อมูล 3) แสดงผลข้อมูล และ 4) หาข้อสรุปข้อมูลเพื่อตีความและตรวจสอบความถูกต้องและแม่นยำของผลการวิจัยที่ได้โดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ในเรื่อง NLEM และมีประสบการณ์ในงานวิจัยคุณภาพมากกว่า 10 ปี

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยติดต่อเภสัชกรในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 55 แห่ง มีผู้ยินดีให้ข้อมูล 25 คน ซึ่งเป็นหญิง 17 คน ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ 6 คน โรงพยาบาลทั่วไป 4 คน และโรงพยาบาลชุมชน 15 คน ส่วนใหญ่อายุงานมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

เกณฑ์การคัดเลือก MDH

เกณฑ์การคัดเลือก MDH เข้าสู่บัญชียาโรงพยาบาลที่รวบรวมได้มี 7 เกณฑ์ คือ 1) มีราคาถูก 2) เป็นรายการยาที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ 3) เป็นยาที่ใช้สำหรับโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในพื้นที่ 4) เป็นยาที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ทางจังหวัดกำหนดมาให้ 5) มีประสิทธิภาพในการรักษา 6) มีความสะดวกสำหรับผู้ป่วยในการใช้ยา และ 7) มีแหล่งที่จัดหาได้อย่างสะดวก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) มีราคาถูก: จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พบว่าราคาที่ถูกเป็นประเด็นสำคัญในการคัดเลือกยาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล เนื่องจากในปัจจุบัน งบประมาณและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลได้รับมีจำนวนจำกัด จึงต้องเลือกยาสมุนไพรที่มีราคาถูก เพื่อประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อยาได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ในการคัดเลือกยาสมุนไพรเข้าโรงพยาบาลพิจารณาราคายาชนิดเดียวกัน โดยการเทียบราคากับหลายแหล่งที่จำหน่าย บางรายการเราทำเองก็มี บางรายการมีโรงพยาบาลใกล้เคียง ๑ ทำขาย หรือบางรายการก็ซื้อจากบริษัทยาเอกชน เปรียบเทียบกัน ต้องซื้อยาที่ราคาถูก ๆ ที่ไหนถูกก็ซื้อที่นั่นก่อน” (คนที่ 1)

“ในการคัดเลือกยาสมุนไพรเข้าไว้ใช้โรงพยาบาลจะต้องมีเกณฑ์เรื่องราคานำมาก่อน ต้องราคาถูก...เอาแต่ละตัวไปเทียบราคากับหลาย ๆ ที่ บางครั้งก็สอบถามโรงพยาบาลใกล้เคียงกันดูว่า เขาซื้อมาราคาเท่าไรแล้วต้องเอาไปเทียบราคากับที่อื่น ๆ ก่อนตัดสินใจว่าจะซื้อที่ไหน ถ้าแพงเกินไปตัดทิ้ง เราจะเอาเฉพาะที่ราคาไม่แพงเท่านั้น เพราะโรงพยาบาลมีงบจำกัดในการจัดซื้อยา ต้องใช้งบให้ประหยัดที่สุด” (คนที่ 7)

2) เป็นรายการยาที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้: ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า ประเด็นนี้เป็นเกณฑ์สำคัญที่ PTC ใช้ในการคัดเลือกยา โรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดทำคู่มือเพื่อแจ้งว่ามียา MDH ที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ บางโรงพยาบาลใช้โปรแกรมที่แจ้งเตือนแพทย์บนหน้าจอ

คอมพิวเตอร์ถึงยา MDH ที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เป็นรายการยาที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้จากการรักษาโรคหรือภาวะอาการเดียวกัน อย่างเช่น คนไข้มาด้วยอาการท้องผูก ก็จะใช้ยาระบายมะขามแขกแทนยา *bisacodyl*” (คนที่ 3)

“เราต้องคำนึงหลักเกณฑ์ที่ว่าใช้แทนยาแผนปัจจุบันได้ เหตุผลนี้จะทำให้คณะกรรมการตัดสินใจได้ง่ายขึ้น เพราะข้อนี้มีผลพลอยได้ คือ มันประหยัดลงนะ เช่น ใช้ยาขมิ้นชันทดแทนยา *simethicone* ในคนไข้ที่ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง ยังจะทำให้การไชยาขมิ้นชันมากขึ้น ส่งผลให้การไชยาแผนปัจจุบันลดลง ข้อดีไปอีก คือ เราได้ไชยาไทยที่มีในบ้านเราเองด้วย เพราะขมิ้นชันปลูกได้ทั่วไป” (คนที่ 12)

3) เป็นยาที่ใช้สำหรับโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในพื้นที่: เกณฑ์ข้อนี้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า โรงพยาบาลมีฐานข้อมูลลำดับความสำคัญของโรค โรคที่มีอุบัติการณ์สูงมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องไชยามาก และต้องจัดจัดหาให้เพียงพอ ดังนั้น MDH ที่จะถูกคัดเลือกเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลต้องเป็นยาที่ใช้ในโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในพื้นที่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“พิจารณาจาก...อุบัติการณ์โรคที่คนไข้เป็นในโรงพยาบาล ข้อมูลนี้ดึงได้จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลง่ายมาก เป็นปัจจุบันด้วย ยาที่เราคัดเข้ามาต้องดูจากฐานโรคที่เกิดเยอะ ๆ...ยาที่เราเอาเข้ามา แต่ไม่มีคนไข้ที่จะไชยา อันนี้ไม่เลือกเข้ามาเด็ดขาดเพราะจะทำให้เสียค่ายาทั้งเปล่า ๆ ที่นี้ก็เคยนะ เอาหญ้าหนวดแมวเข้ามา แต่ไม่ค่อยมีเคสใช้ก็หมดอายุทิ้งไปเลย น่าเสียดายมาก ตอนหลังก็ไม่เอาเข้ามาแล้วถึงแม้ว่ามันจะอยู่ในบัญชียาหลักก็ตาม” (คนที่ 2)

“อิงจากจำนวนอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดขึ้นในเขตรับผิดชอบ มักพิจารณาจากจำนวนคนไข้ที่มีมารับบริการในโรงพยาบาล อย่างที่นี้คนไข้เบาหวานเราเยอะมาก เป็นลำดับต้น ๆ ที่นี้มีนโยบายส่งเสริมการไชยามะระขึ้นก ให้คู่ไปกับการรักษาด้วย เพื่อให้เกิดการไชยาสมุนไพรไทยให้มากยิ่งขึ้น” (คนที่ 8)

4) เป็นยาที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ทางจังหวัดกำหนดมาให้: ในแต่ละจังหวัดมีตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่เป็นยุทธศาสตร์หรือตัวชี้วัดที่ทางจังหวัดมุ่งเน้นเป็นประเด็นสำคัญ โรงพยาบาลทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามนโยบายที่สะท้อนออกมาเป็นตัวชี้วัด เช่น สัดส่วนของมูลค่าการจัดซื้อยาใน

NLEM ต่อยานอ ก NLEM รวมถึงบางแห่งมีการกำหนดสัดส่วนของยา MDH อย่างชัดเจน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำหนดให้มีรายการยาสมุนไพรเป็นร้อยละ 10 ของมูลค่ายาใน NLEM ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“การคัดเลือกยาสมุนไพรอิงเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดมาให้ เช่น ปีนโยบายกำหนดว่าให้ยาในบัญชียาหลัก ร้อยละ 90 ส่วนยานอกบัญชียาใช้ได้แค่ร้อยละ 10 ซึ่งยาพัฒนาจากสมุนไพรนี้จะอยู่ในโควตาของยาในบัญชียาหลักต้องเพิ่มสัดส่วนให้ได้ร้อยละ 10 แตกต่างกันไปในแต่ละปี ทั้งยังขึ้นกับนโยบายผู้อำนวยการด้วย” (คนที่ 9)

“เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกยาสมุนไพร ต้องอิงไปตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดมาให้ เอาตัวนี้มาเป็นเกณฑ์การคัดยาเข้าโรงพยาบาล เพราะจังหวัดเขาก็ถือตามนโยบายระดับประเทศ นี่ถ้าไม่อยู่ในเกณฑ์ตามตัวชี้วัด คนทำงานก็ไม่ค่อยให้ความสำคัญ” (คนที่ 11)

5) มีประสิทธิภาพในการรักษา: ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายาสมุนไพรต้องมีประสิทธิภาพสามารถรักษาโรคตามหลักวิชาการซึ่งมีผลต่อหลายประเด็นในการทำงาน เช่น โรงพยาบาลบางแห่งมีข้อกำหนดว่า ยาสมุนไพรที่จะนำเข้าใช้ในโรงพยาบาลจะต้องมีใบวิเคราะห์หรือรับรองคุณภาพของผลิตภัณฑ์ บางแห่งกำหนดว่าต้องเป็นรายการยาที่ขึ้นทะเบียนตำรับสมบูรณ์แล้ว รวมไปถึงมีข้อมูลด้านประสิทธิภาพยาในการรักษา ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“การคัดเลือกยาสมุนไพรนั้นต้องเลือกยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา โดยดูจากข้อมูลรายงานทางวิชาการหรือหลักฐานที่น่าเชื่อถือได้ ดูผลงานการวิจัยก็ได้ หรืออาจจะดูจากข้อมูลที่เก็บเองภายในโรงพยาบาล ที่นี้เป็นโรงพยาบาลที่มีการไชยาสมุนไพรที่โดดเด่นมาก เรามีงานวิจัยร่วมกับมหาวิทยาลัยหลายแห่ง” (คนที่ 7)

6) ความสะดวกในการไชยาของผู้ป่วย: ยาสมุนไพรบางตัวเป็นสารสกัดเข้มข้นทำให้มีปริมาณใช้ต่อครั้งน้อยลง เช่น พืชทะเลยาโจที่มีชนิดสารสกัดทำให้อลดจำนวนแคปซูลที่จะต้องรับประทานต่อครั้งได้ ผู้ป่วยจึงสามารถไชยาได้สะดวกและง่ายขึ้น กรณียาเม็ดที่บรรจุในขวดใหญ่จะพกพายาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการไชยา ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึง ความสะดวกในการจัดและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย โดยยาที่บรรจุในแผงขนาด 10 เม็ดใช้สะดวกกว่าแบบที่บรรจุในกระป๋อง 100 เม็ด ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ใช้เกณฑ์เรื่องความสะดวกในการไชยาของผู้ป่วย ยาสมุนไพรบางตัวใช้ไม่สะดวกนะ เช่น ต้องกินปริมาณมาก

ๆ ยาบางตัวกินที่ 5-6 เม็ด แล้วบางตัวที่กินวันละหลายครั้ง
อย่างนี้ คนไข้บางคนก่อนเลยว่า กินอ้อมแทนข้าวแน่ ๆ หาก
เขาใช้ยาไม่สะดวก เขาก็จะไปบอกหมอว่าใช้ยาก” (คนที่
11)

“เกณฑ์การคัดเลือกยาสมุนไพรพิจารณาถึงความ
สะดวกในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากเขาใช้ยาไม่
สะดวก คนไข้ก็จะไม่ใช่นั่นอีก อย่างยาทิงเจอร์ที่เป็นขวด
ทำให้พกยาก” (คนที่ 15)

7) มีแหล่งที่จัดหายาได้อย่างสะดวก: ผู้ให้ข้อมูล
หลายท่านกล่าวว่า ยาสมุนไพรบางรายการหายาก ถึงแม้จะ
ถูกคัดเข้ามาใช้ในบัญชียาของโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถ
จัดหาซื้อได้ ทำให้ไม่มียาใช้ในโรงพยาบาล บางครั้งต้อง
ทบทวนและพิจารณาตัดออกจากบัญชียา ดังคำกล่าว
ต่อไปนี้

“เป็นรายการยาที่มีแหล่งจำหน่ายที่ซื้อยาได้ง่าย
และสะดวก ยังมีหลาย ๆ บริษัทผลิตขายยงดีทำให้เกิดการ
แข่งขันกัน ทำให้จัดหาซื้อยาได้ง่ายแถมถ้าเขาขายกันมาก
ๆ จะทำราคายาถูกลงไปอีก แต่ละแห่งก็อยากขาย ขายแพง
ก็สู้เจ้าอื่นไม่ได้ ฉะนั้น ขอนี้เป็นเกณฑ์ที่ใช้มาตลอด” (คนที่ 3)

“.....พิจารณารายการยาที่มีแหล่งจำหน่ายที่
สามารถจัดหาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก ตัว
ไหนหายากก็ไม่เอา ตัดออกเลย บางตัวแพทย์หรือแพทย์
แผนไทยอยากจะใช้ แต่หาไม่ได้ก็มี ยกตัวอย่างอย่างยา
กล้วยนะ ช่วงแรกหาง่ายมาก ต่อมาใช้กันเยอะในโซนนี้ ยา
ขาด โรงพยาบาลใกล้เคียงก็ไม่มี หาซื้อไม่ได้ จึงต้องให้มี
เกณฑ์นี้ขึ้นมาว่า คัดเอาเฉพาะยาที่เราสามารถหาเข้ามาไว้
ใช้ในโรงพยาบาลได้ง่าย ” (คนที่ 25)

ปัญหาในการคัดเลือก MDH

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงปัญหาใน
การคัดเลือก MDH ใน NLEM เพื่อนำเข้าบัญชียาของ
โรงพยาบาล ปัญหาแบ่งได้ 5 ด้าน ได้แก่ นโยบายและกลไก
การจัดการ บุคลากร งบประมาณ ยาสมุนไพร และปัจจัย
ภายนอก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านนโยบายและกลไกการจัดการ มีปัญหาที่
รวบรวมได้ ดังนี้

1.1 นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน
ระดับจังหวัดหรือระดับเขตไม่ชัดเจน ดังคำกล่าว “นโยบาย
ด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรไม่ชัดเจน ต้องแจ้งให้
ชัดเจน เช่น ปีนี้เราจะส่งเสริมการใช้ฟ้าทะลายโจรใช้แก้ใช้

แทนยาพาราเซตามอลนะ ผู้ปฏิบัติเขาจะทำงานได้ง่ายมาก
ยิ่งขึ้นและเกิดผลงานที่ดีตามมา” (คนที่ 1)

1.2 โรงพยาบาลมีนโยบายการสนับสนุนการใช้ยา
สมุนไพรไม่ชัดเจน ดังคำกล่าว “การที่โรงพยาบาลไม่มี
นโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพร
เช่น เพิ่มสัดส่วนของการใช้ยาสมุนไพร การเพิ่มการเข้าถึง
ยาสมุนไพรของประชาชนที่มารับบริการ ต้องระบุนโยบาย
ให้ชัดว่าจะสนับสนุนเรื่องไหน” (คนที่ 2)

1.3 ไม่มีคู่มือการปฏิบัติในการคัดเลือกยาสมุนไพร
ดังคำกล่าว “ไม่มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีรูปแบบที่เป็นการ
เขียนในลักษณะคู่มือ ในการคัดเลือกยาสมุนไพรจะเห็นว่า
แล้วแต่โรงพยาบาลไหนจะอย่างไร รายละเอียดต่างกัน
คือ มียาสมุนไพร 24 รายการก็จริงนะ แต่จะมีวิธีปฏิบัติแบบ
ไหนให้มันสอดคล้องกับสภาวะที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล”
(คนที่ 12)

1.4 ไม่มีมาตรฐานราคากลางหรือข้อมูลในการ
เปรียบเทียบราคายาสมุนไพร ดังคำกล่าว “การไม่มี
มาตรฐานราคากลางหรือข้อมูลในการเปรียบเทียบราคายา
สมุนไพรเป็นแนวทางในการทำงาน ทุกวันนี้ทำไปตามที่
จังหวัดกำหนดมาบ้าง คณะทำงานพิจารณาไปตามสมควร
บ้าง เวลาซื้อก็อิงตามระเบียบการจัดซื้อเท่านั้นเอง” (คนที่
17)

1.5 ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านประสิทธิภาพและ
ความปลอดภัยของยาสมุนไพร ดังคำกล่าว “ไม่สามารถ
เข้าถึงฐานข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่ใช้
ประกอบการพิจารณาคัดเลือกยาสมุนไพร” (คนที่ 23)

2) ด้านบุคลากร มีปัญหาที่รวบรวมได้ ดังนี้

2.1 การไม่มีแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ดังคำ
กล่าว “การไม่มีแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ถือเป็น
ปัญหาสำคัญ เพราะจะทำให้การขับเคลื่อนงานด้านการใช้
ยาสมุนไพรช้า เพราะขาดคนทำงาน เช่น มีนโยบายให้เปิด
ห้องตรวจคู้ชนระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย
ถ้าไม่มีแพทย์แผนไทยแล้วใครจะตรวจแทนได้ล่ะ” (คนที่ 5)

2.2 การไม่มีแพทย์แผนไทยใน PTC ดังคำกล่าว
“ไม่มีแพทย์แผนไทยในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการ
บำบัดของโรงพยาบาลเพราะส่วนมากที่เคยทำงานกันมาไม่
ค่อยมีแพทย์แผนไทยเข้ามาร่วมทีมด้วย มันก็ทำให้มุมมอง
การใช้ยาสมุนไพรมันไม่กว้างเท่าไร” (คนที่ 11)

2.3 แพทย์แผนปัจจุบันยังมีความรู้เรื่องยา
สมุนไพรในบัญชียาหลักไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว “แพทย์

แผนปัจจุบันยังมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก..บางคนไม่รู้เลยว่า รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักมีตัวไหนบ้าง แล้วเขาก็ก็นำมาใช้ซื้อควรรระวัง ข้อห้ามใช้ การใช้ร่วมกับยาอื่น ๆ อีก” (คนที่ 14)

2.4 เกษตรกรยังมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรในบัญชียาหลักไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว “ตัวเกสร...ตัวที่ใช้บ่อย ๆ ง่าย ๆ ก็พอรู้นะ แต่บางตัวไม่ได้ศึกษาความรู้เรื่องยาสมุนไพรเพิ่มเติมเลย ก็จะมี งง ๆ ว่ามันใช้ยังไง” (คนที่ 20)

2.5 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดยังมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว “คณะกรรมการ..ยังมีความรู้ไม่พอเรื่องยาสมุนไพร ในคณะทำงานมีหลายคน หลายวิชาชีพ ความรู้เรื่องยาสมุนไพรก็อาจจะยังไม่ดีพอ ต้องพัฒนาในส่วนนี้อีก” (คนที่ 22)

2.6 แพทย์แผนปัจจุบันไม่นิยมสั่งใช้ยาสมุนไพร ดังคำกล่าว “แพทย์แผนปัจจุบันไม่ค่อยนิยมสั่งใช้ยาสมุนไพรเนื่องจากไม่ค่อยเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาสมุนไพร ส่วนมากหมอเขาค้นเคยกับยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร” (คนที่ 24)

3) ด้านงบประมาณ มีปัญหาที่รวบรวมได้ ดังนี้

3.1 งบประมาณในการจัดซื้อ MDH ไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว “งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพื่อซื้อยาสมุนไพรเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ บางที่ถูกดึงไปมาระหว่างงบซื้อยาแผนปัจจุบัน ยังมีนโยบายลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาอีก ตรงนี้เป็นปัญหาที่สำคัญมาก” (คนที่ 2)

“เราก็มีแผน...ไว้ดีนะ แต่พอทำงานไปจริง ๆ บางทีมันไม่พอเพราะคนไข้มากขึ้นเรื่อย ๆ เราวางแผนกันไว้จะซื้อยาสมุนไพรเท่านั้น แต่มันต้องปรับลงด้วยเหตุผลที่เงินงบประมาณที่จัดสรรมาให้ไม่เพียงพอ” (คนที่ 19)

3.2 สถานภาพการเงินของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยให้จัดซื้อยา ดังคำกล่าว “สถานภาพการเงินของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยให้จัดซื้อยาสมุนไพรในรายการที่เพียงพอกับสภาวะโรคของผู้ป่วยที่พบบ่อย...” (คนที่ 3)

“ตอนนี้โรงพยาบาลประสบภาวะการเงินขั้นวิกฤต...ค่าใช้จ่ายไหนลดลงได้ต้องลดทันที การซื้อยาสมุนไพรก็ต้องลดไปด้วย เพราะส่วนใหญ่แล้วแพงกว่ายาแผนปัจจุบันอีก เป็นแบบนี้ก็ต้องรัดเข็มขัดไว้ก่อน ซื้อแค่ที่จำเป็น แค่นี้พอใช้กับคนไข้เท่านั้น” (คนที่ 21)

3.3 การรักษาด้วยยาสมุนไพรแพงมากกว่าเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ดังคำกล่าว “การรักษาด้วยยาสมุนไพร..แพงมากกว่า...ยาแผนปัจจุบันในภาวะของโรค

เดียวกัน ลองเทียบดูง่าย ๆ อย่างคนไข้มีอาการไข้มา ฉายยาพาราเซตามอล 10 เม็ด เทียบกับจ่ายยาฟ้าทะลายโจร 10 เม็ด ค่าใช้จ่ายมันต่างกันหลายบาท” (คนที่ 9)

“ในคนไข้ท้องผูกมา ถ้าใช้ยาไปซาโคดิลเทียบกับการใช้ยาสมุนไพรมะขามแขก ราคาแพงต่างกันพอสมควรเลยนะ ดังนั้น มันด้วยเหตุผลนี้ที่หมอเขามักจะสั่งยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร” (คนที่ 25)

3.4 การใช้งบประมาณซื้อยาสมุนไพรยังต่ำกว่าเกณฑ์ ดังคำกล่าว “การใช้งบประมาณซื้อยาสมุนไพรยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่ สปสช. ระบุ มันมีเหตุผลหลายอย่างประกอบกันนะ เริ่มมาตั้งแต่การเสนอเข้ามาใช้ จนถึงการใช้ของแพทย์เอง มันต้องทำงานช่วยกันหลาย ๆ ทาง” (คนที่ 21)

4. ด้านยาสมุนไพร มีปัญหาที่รวบรวมได้ ดังนี้

4.1 แหล่งจำหน่ายยาสมุนไพรหายาก ดังคำกล่าว “การหาแหล่งจำหน่ายยาสมุนไพรสูตรสมุนไพรเดี่ยวในบัญชียาหลักแห่งชาติยาก บางตัวแถวนี้ไม่มีการผลิต ไม่รู้จะหาที่ไหน ฐานข้อมูลบริษัทที่จำหน่ายยาสมุนไพรแต่ละรายการก็ไม่ค่อยมี” (คนที่ 6)

“บางตัวมีใช้อยู่ ๆ บริษัทแจ้งมาว่าขาด พอจะหาแหล่งอื่นก็ไม่มี ทำให้ไม่ได้ใช้ยานั้นไปบางที ก็เป็นช่วงเวลานั้น ๆ บางทีก็หายไปนาน ๆ เลยก็นึก ถ้ามีหลาย ๆ แหล่งจำหน่าย ยาสมุนไพรนั้น น่าจะไม่ขาด” (คนที่ 6)

4.2 ขนาดของยาสมุนไพรไม่สะดวกในการจ่ายยา ดังคำกล่าว “...ส่วนใหญ่มีขนาดที่ไม่สะดวกต่อการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย เช่น ยามีขนาดบรรจุขวด 100 แคปซูล พอจะจ่ายให้ผู้ป่วยต้องมานั่งนับใส่ซอง น่าจะเป็นแผงจะดีกว่า” (คนที่ 14)

4.3 ขนาดไม่สะดวกในการใช้ ดังคำกล่าว “...ต้องใช้ปริมาณมาก บางทีกินครั้งละ 5-6 เม็ด มันเยอะ คนไข้ก็บ่น” (คนที่ 16)

4.4 รูปแบบไม่สะดวกในการใช้ ดังคำกล่าว “...บางตัวต้องชงน้ำร้อน มันก็ยุ่งยากเวลาผู้ป่วยจะต้องกิน กว่าจะมาดื่มน้ำร้อน กว่าจะมาดื่มน้ำร้อน” (คนที่ 1)

4.5 รสชาติหรือรูปลักษณะไม่น่าใช้ ดังคำกล่าว “...ส่วนใหญ่มีรสชาติหรือรูปลักษณะที่ไม่น่าใช้ บางตัวกินแล้วขมมาก กลืนก็แรง บางตัวรูปแบบยังโบราณ ไม่ค่อยน่าใช้ รูปลักษณะไม่ทันสมัยเหมือนยาแผนปัจจุบัน” (คนที่ 4)

“ยาสมุนไพรมักบรรจุลงในแคปซูลใส มองดูเห็นเป็นผงดำ ๆ บ้าง น้ำตาลเข้ม ๆ บ้าง หน้าตารูปลักษณะดูแล้วไม่ค่อยน่าใช้เท่าไร” (คนที่ 23)

4.6 ยาสมุนไพรที่ได้รับการสนับสนุนจากจังหวัด ไม่เหมาะสมกับภาวะโรคของผู้ป่วย ดังคำกล่าว “ยาสมุนไพรที่ได้รับการสนับสนุนจากจังหวัด ไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล เช่น ยาหญ้าหนวดแมว ทิงเจอร์ทองพันชั่ง.... ก็หมดอายุทิ้ง เพราะไม่ค่อยมีคนใช้ที่ต้องใช้ยานี้” (คนที่ 21)

4.7 ข้อมูลในใบวิเคราะห์ยาสมุนไพรไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว “ข้อมูลในใบวิเคราะห์ส่วนมากไม่พอต่อการตัดสินใจในการคัดเลือกเข้าโรงพยาบาล โดยเฉพาะยาที่ผลิตจากโรงงานในโรงพยาบาลเอง จะมีเฉพาะการวิเคราะห์หลัก ๆ เช่น โลหะหนัก ยาฆ่าแมลง มันต้องมีมากกว่านี้ ให้คล้าย ๆ ยาแผนปัจจุบันจะดีมาก” (คนที่ 25)

5. ด้านปัจจัยภายนอก มีปัญหาที่รวบรวมได้ ดังนี้

5.1 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ไม่ต้องการใช้ยาสมุนไพร ดังคำกล่าว “ผู้รับบริการส่วนใหญ่บอกว่า ไม่ต้องการใช้ยาสมุนไพร มันหายช้ากว่ายาแผนปัจจุบัน อย่างอาการเจ็บคอ ถ้ากินยาฆ่าเชื้อแบบแคปซูล ดีกว่ายาฟ้าทะลายโจร อาการดีขึ้นเร็วกว่าเยอะเลย” (คนที่ 10)

“ผู้ป่วยติดเชื่อเป็นงูสวัดหรือเริม หลายคนกลับมาเล่าให้ฟัง ยาครีมใบบัวบกที่ได้ไป เอาไปใช้แล้วหายช้ากว่ายาทาอะไซโคลเวีย แผลแห้งไวกว่ามาก” (คนที่ 17)

5.2 ข้อมูลด้านประสิทธิภาพของยาสมุนไพรยังมีไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว “.....ส่วนมากแพทย์ต้องการข้อมูลที่ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งยาสมุนไพรบางตัวมีน้อยมาก บางตัวแทบจะไม่มีเลย ก็ทำให้ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาสมุนไพรลดลงไป” (คนที่ 8)

ข้อเสนอแนะในการคัดเลือก MDH

ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการคัดเลือก MDH จากบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ด้านนโยบายและการจัดการ

1.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควรสนับสนุนนโยบายอย่างจริงจัง ดังคำกล่าว “ผู้อำนวยการ...ควรสนับสนุนนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างจริงจัง ไม่ใช่มีแต่ประกาศนโยบาย แต่ขาดการสนับสนุน งานก็จะพัฒนาช้าหรือเท่า ๆ เดิมที่เคยเป็นมา” (ตัวอย่าง คนที่ 4)

1.2 ควรแจ้งนโยบายการคัดเลือกยาสมุนไพรล่วงหน้าก่อนทำแผน ดังคำกล่าว “จังหวัดควรมีการแจ้งนโยบายการคัดเลือกยาสมุนไพรล่วงหน้าก่อนที่จะทำแผน

ดำเนินงานของปีถัดไป จะทำให้การวางแผนการทำงานได้ง่ายขึ้น” (คนที่ 7)

1.3 ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ระดับประเทศที่ชัดเจนและเจาะจง ดังคำกล่าว “ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ระดับประเทศในการคัดเลือกยาสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาลให้ชัดเจนมากขึ้น ทำล๊อคกันไปทั้งหมด ตอนนี้คล้าย ๆ ว่า ต่างคนต่างทำ กลยุทธ์ต้องให้ลึก ให้ชัดเจน ให้เป็นเรื่องเดียวกันไปเลย เช่น ปีนี้จะเอาเรื่อง ขมิ้นชัน ก็เอาอันนี้ ทำทั้งหมดเลยทุกภาคส่วน ตั้งแต่ผลิต ใช้ จนถึงส่งออกจำหน่ายไปเลย” (คนที่ 11)

1.4 ควรมีราคากลางของยาสมุนไพร ดังคำกล่าว “ควรมีมาตรฐานราคากลางของยาสมุนไพรเพื่อการคัดเลือกยาสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาล ทำแบบ drug list มาเป็นเล่มคู่มือ..จะมีประโยชน์กับคนทำงานอย่างมาก” (คนที่ 22)

2. ด้านบุคลากร

2.1 ควรมีแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทุกแห่ง ดังคำกล่าว “ควรมีแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทุกแห่ง ถ้าขาดคน งานก็เดินช้า เพราะกำลังคนเป็นสิ่งสำคัญมาก ยิ่งแพทย์แผนไทยนี้ เป็นกำลังสำคัญคนหนึ่งโรงพยาบาลที่จะผลักดันงานด้านสมุนไพรได้” (คนที่ 2)

2.2 ควรเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักให้แก่แพทย์แผนปัจจุบัน ดังคำกล่าว “ควรเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้กับแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะแพทย์เป็นผู้ที่อยู่ในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและยังเป็นผู้สั่งจ่ายให้กับผู้ป่วย ต้องเพิ่มเติมความรู้เรื่องยาสมุนไพร” (คนที่ 15)

2.3 ควรสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาสมุนไพร ดังคำกล่าว

“ควรสร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกรณีโรคที่ใช้ได้.... ทำให้ประเทศเราพึ่งพาตนเองได้ เพราะเรามีวัตถุดิบเอามาทำยาใช้เอง ไม่ต้องเสียเงินไปซื้อยาจากต่างชาติ” (คนที่ 20)

3. ด้านงบประมาณ ควรหาแนวทางในการลดต้นทุนหรือลดราคายาสมุนไพรให้ถูกลง ดังคำกล่าว “ควรหาแนวทางในการลดต้นทุนหรือลดราคายาสมุนไพรให้ถูกลง เพราะยา มีราคาสูง หากเรารวม ๆ กันซื้อ ทำระบบการจัดการดี ๆ น่าจะมีอำนาจการต่อรองราคาได้มากขึ้นกว่าที่จะไปซื้อแค่โรงพยาบาลเดียว เพราะปริมาณน้อย ยาก็แพงตามกลไกการตลาด”

4. ด้านยาสมุนไพร

4.1 ควรส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ครบทั้ง 24 รายการ ดังคำกล่าว “ควรส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ครบทุกรายการ เมื่อยามีจำนวนมากเพียงพอ ก็จะเป็นการทำให้เกิดการใช้ที่มากยิ่งขึ้น เพราะปัจจุบันปัญหาที่พบมาก ๆ คือ ยาสมุนไพรบางตัวมีกำลังการผลิตไม่เพียงพอต่อการใช้นั้น ไม่สมดุลกัน” (คนที่ 2)

4.2 ควรเลือกยาสมุนไพรที่มีขนาดบรรจุน้อย ดังคำกล่าว “ควรเลือกยาสมุนไพรที่มีขนาดบรรจุปริมาณน้อย เพื่อความสะดวกในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย เช่น เลือกขนาดบรรจุยา 10 เม็ด แทนแบบที่บรรจุอยู่ในขวดจำนวน 100 เม็ด จะทำให้สะดวกในการใช้ยามากขึ้น คนไข้ยากี่สะดวกเจ้าหน้าที่จัดยา จ่ายยากี่สะดวกไปด้วย” (คนที่ 13)

4.3 ควรมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมการแข่งขันด้านราคา ดังคำกล่าว “.....ส่งเสริมการแข่งขันด้านราคาเพื่อลดต้นทุนของยาสมุนไพร พอเกิดการแข่งขันมาก ๆ จะเกิดการปรับตัวในการพัฒนาให้ชนะคู่แข่ง เราอยู่ปลายทางเราก็จะได้ประโยชน์ในการได้ยาสมุนไพรที่ดีและราคาถูก” (คนที่ 15)

4.4 ควรตรวจคุณภาพยาสมุนไพร ดังคำกล่าว “ควรส่งตรวจคุณภาพยาสมุนไพรไปที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้บุคลากรและผู้ใช้ยา คือ ประชาชนเขามั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย” (คนที่ 22)

“ควรมีการส่งตรวจคุณภาพวัตถุดิบของตัวยาสมุนไพร ด้านความบริสุทธิ์ แล้วก็ด้านปริมาณสารสำคัญที่แน่นอนก่อนจะนำมาผลิตยาในโรงพยาบาล” (คนที่ 24)

5. ด้านปัจจัยภายนอก

5.1 ควรสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพรในประชาชน ดังคำกล่าว “ควรสร้างทัศนคติด้านบวกในการใช้ยาสมุนไพรให้กับประชาชน ทำให้ประชาชนตระหนักว่าการใช้สมุนไพรดีอย่างไร มันจะช่วยอะไรชุมชนและประเทศชาติได้บ้าง จะทำรูปแบบไหนก็ได้ เช่น วิทยุกระจายเสียงในหมู่บ้าน ในโรงเรียนต่าง ๆ หรือจะทำสื่ออะไรก็ได้ ช่วยให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพร” (คนที่ 5)

5.2 ควรสร้างร่วมมือในการวิจัยเรื่องยาสมุนไพรระหว่างโรงพยาบาลกับสถาบันการศึกษา ดังคำกล่าว “ควรสร้างร่วมมือในทำการวิจัยเพื่อพัฒนายาสมุนไพรระหว่างโรงพยาบาลกับสถาบันการศึกษา ในมหาวิทยาลัยมีองค์ความรู้มีการวิจัยมากมาย แต่ในโรงพยาบาลมีคนไข้ มาจับ

มือกัน ให้อาจารย์เป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลสร้างผลงานวิจัยร่วมกัน จะเป็นการพัฒนาได้ยืนนานด้วย เพราะเป็นกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้” (คนที่ 9)

การอภิปรายและสรุปผล

เกณฑ์ที่ PTC ใช้คัดเลือก MDH เข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาลมีความหลากหลาย ได้แก่ 1) มีราคาถูก 2) เป็นรายการยาที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ 3) เป็นยาที่ใช้สำหรับโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในพื้นที่ 4) เป็นยาที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ทางจังหวัดกำหนดมาให้ 5) มีประสิทธิภาพในการรักษา 6) มีความสะดวกในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย และ 7) มีแหล่งที่จัดหาได้อย่างสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (14) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการอย่างเข้มงวด

ปัญหาในการคัดเลือก MDH ใน NLEM เพื่อนำเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ปัญหาในด้านนโยบายและการจัดการที่สำคัญ คือ นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัดหรือระดับเขตไม่ชัดเจน โรงพยาบาลมีนโยบายการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่ชัดเจน การไม่มีคู่มือการปฏิบัติในการคัดเลือกยาสมุนไพร และการไม่มีมาตรฐานราคากลางหรือข้อมูลในการเปรียบเทียบราคายาสมุนไพร

ปัญหาในด้านบุคลากรที่สำคัญ คือ บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรใน NLEM ไม่เพียงพอ จึงควรพัฒนาทักษะและความรู้ให้แก่บุคลากร

ในด้านงบประมาณ พบว่า งบประมาณมีไม่เพียงพอ โรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินมักลดงบประมาณในการจัดซื้อยาสมุนไพร หนึ่งการรักษาด้วยยาสมุนไพรมีต้นทุนแพงกว่ายาแผนปัจจุบัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงมักเลือกยาที่มีมูลค่าในการรักษาที่ถูกกว่าเสมอเพื่อความคุ้มค่า

ผลการวิจัยและหลักการคัดเลือกยาใน NLEM ที่กำหนดไว้โดยคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติในปี พ.ศ. 2559 (14) มีความสอดคล้องกัน หลักการที่ว่า ยาที่คัดเลือกต้องเป็นยาที่มีประสิทธิภาพ มีหลักฐานและข้อมูลเชิงประจักษ์ มีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงในการใช้ยา มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์ สอดคล้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีกลไกกลางในการกำกับดูแลให้ประชาชนเข้าถึงยาได้ โดยกระบวนการ

นี้ต้องมีคณะทำงานจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและปฏิบัติงานด้วยความโปร่งใส

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เท่านั้น ยังไม่ได้ตรวจสอบเอกสารหรือหลักฐานข้อมูลของทางโรงพยาบาล เช่น รายการ MDH บรรจุในบัญชียาของโรงพยาบาล จำนวนและมูลค่าการจัดซื้อยาสมุนไพร เป็นต้น ว่ามีลักษณะสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์หรือไม่ ประกอบกับการสัมภาษณ์นี้เป็นเพียงมุมมองจากเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่เลขานุการของ PTC เท่านั้น

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือก MDH ใน NLEM เพื่อเข้าสู่บัญชียาโรงพยาบาล ควรพัฒนาให้เป็นเกณฑ์มาตรฐานเดียวกันโดยจัดทำเป็นคู่มือเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติของเภสัชกรในการดำเนินงานให้คล้ายกับระบบการคัดเลือกยาแผนปัจจุบัน และควรครอบคลุมการคัดเลือกรายการยาทั้ง 24 รายการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควรกำหนดทิศทางการดำเนินงานในเรื่องนี้ให้ชัดเจนสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและปฏิบัติได้จริง โดยคำนึงถึงสิทธิด้านการรักษาทุกสิทธิ ในอนาคตควรศึกษาปัญหานี้จากมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น เช่น มุมมองของทีมผู้บริหารในระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การคัดเลือกยาสมุนไพรเข้าสู่โรงพยาบาล แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย พยาบาล หรือ วิชาชีพอื่น จะทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขึ้นซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาการคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและวิจัยเพื่อปรับปรุงรูปลักษณ์รสชาติของ MDH และการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือมีทัศนคติที่ดีและยอมรับ MDH

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากเภสัชกรตัวแทนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกรายที่อยู่ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขทั้ง 13 เขตสุขภาพที่ผู้วิจัยได้ติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ขอขอบพระคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The world health report 2000: Health systems improving performance. Geneva: WHO. [Online]. 2000 [cited Apr 5, 2019]. Available from: www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
2. Division of National Drug Information (NDI). National drug policy: History of drug policy in Thailand. [Online]. 2016 [cited Jan 11, 2019]. Available from: ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801145355.pdf
3. National Library of Thai Traditional and Alternative Medicines. Thai traditional medicine, indigenous medicine and alternative medicine, 2011– 2013. Nonthaburi: Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, 2014.
4. Notification of the Ministry of Public Health. National list of essential medicine B.E. 2554 (A.D.2011) Thailand. [online]. 2018 [cited Jun 1, 2019]. Available from: www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2554/E/072/57.PDF
5. Division of National Drug Information (NDI). National list of essential medicine [online]. 2018 [cited Jun 1, 2019]. Available from: ndi.fda.moph.go.th/uploads/main_drug_file/20180529192247.pdf
6. National Science and Technology Development Agency. The 12th National Economic and Social Development Plan 2012-2016. [online]. 2012 [cited May 8, 2019]. Available from: planning.dld.go.th/th/index.php/th/plan-menu/690-policy12
7. Ministry of Public Health. National drug policy A.D. 2011 and National drug system development strategy A.D.2011 – 2016. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2013.
8. Meesuk A. The politics of drug policy implementation: A comparative between drug selection into National List of Essential Drugs and rational drug use [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016.

9. Health Administration Division. Criteria for drug medical supply management [online]. 2017 [cited Jun 9, 2019]. Available from: phdb.moph.go.th/main/index/detail/29356
10. Pongpirul K, Jirathananuwat A, Phutrakool P. Thai herbal medicine research situation: Systematic scoping review and policy recommendations. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2019; 2: 292-304.
11. Drucker PF. The practice of management. New York : Harper and Row; 1954.
12. Wiratnipawan W. The public administration concepts application and development. 2nd ed. Bangkok: Profes Publishing; 2010.
13. Rakchai N., Chaowanapulpol H., Prasertsuk S. Results of the service plan rational drug use hospital under the Office of the Permanent Secretary for 8th regional public health area. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2019; 15: 50-64.
14. Meksawasdichai C. Evaluation of policies promoting the use of herbal medicine in hospitals in 2017. Saraburi: Saraburi Public Health Office; 2017.